

記入例

K-601 P (P)

日立健康保険組合 御中

健康保険 限度額適用認定申請書

【注意事項】

- 原則として提出日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。
- 限度額適用認定証の有効期限は、発効日より**最長6か月**です。
- 70歳以上で自己負担の割合が「2割(または1割)」の方は申請不要**です。

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

1	提出日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	備考	
被 保 者	被保険者等 記号・番号	記号 番号 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンボ マサミ 健保 正美
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇	所属・電話	〇〇課 (TEL: 000-000-0000)
2	被保険者 住所 (連絡先)	〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 (TEL: 000 - 000 - 0000) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください		
3	対象者氏名 (療養を受ける 人)	健保 正美	被保険者 との続柄	本人
認 証	認定希望月 (いずれかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 当月(提出日の属する月)より有効の認定証を希望 <input type="checkbox"/> 翌月より有効の認定証を希望		
	対象者の 傷病の原因 (いずれかに✓)	1. 第三者の行為(交通事故・暴力行為等)に該当しますか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 2. 通勤途中または業務中のものですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ※上記1または2で「はい」に該当する方は、「 「いいえ」の場合、⑥は記入不要です 」 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 「はい」または「申請中」の場合、⑥を記入してください <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中		
5	医療費助成 の有無 (いずれかに✓)	国や地方自治体から、医療費助成を受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
対 象 費 用 内 容	助成制度の名称 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療 <input type="checkbox"/> 乳幼児(子ども)医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他 ※()に助成制度の名称をご記入ください <input type="checkbox"/> 特定疾患医療 ()		
	受給者証を交付した 市区町村名(都道府県名)	公費負担者番号(8桁) ※申請中の場合は記入不要です		
6	受給者証の有効期間 ※申請中の場合は記入不要です	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
7	認定証の 送付先 ※被保険者住所 と同じ場合は 記入不要です	受取人 氏名	被保険者 との続柄	受取人 連絡先 TEL:

※認定証は、「簡易書留」にて送付いたします。

病院等への送付を希望する場合は、病院の住所だけでなく
病院名・病棟・病室番号も必ず明記してください

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

「限度額適用認定証」の交付を申請するとき

※「限度額適用認定証」について

入院等により窓口負担が高額になる場合、窓口負担を**高額療養費の自己負担限度額(下表のとおり)まで軽減できる制度**があります。

この制度を利用するためには、事前に健保組合へ申請し、「限度額適用認定証」の交付を受ける必要があります。

＜自己負担限度額＞ 下表に該当する方は、限度額適用認定証の申請ができます。

対象者	標準報酬月額	月単位の自己負担限度額	4ヶ月目以降	認定証の 適用区分
			70歳未満の方	
	53万円~79万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円	イ
	28万円~50万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円	ウ
	26万円以下	57,600円	44,400円	エ

対象者	標準報酬月額	月単位の自己負担限度額	4ヶ月目以降	認定証の 適用区分
			70歳以上で、 自己負担の割合が 「3割」の方	
	28万円~50万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円	現役並みⅠ

◆ 注意事項

① この制度を利用しない場合、窓口で自己負担(3割等)を支払うこととなりますが、診療月の3ヵ月後以降に、高額療養費および付加金が自動給付されますので**最終的な自己負担額は変わりません**。

② 70歳以上で、下記に該当する方は、限度額適用認定証の申請は不要です。

＜従業員またはその家族＞

- 自己負担の割合が「3割」で、標準報酬月額が「83万円以上」の方
- 自己負担の割合が「2割(または1割)」の方

＜任意継続または特例退職加入の本人・家族＞

- 自己負担の割合が「2割(または1割)」の方

◆ 記入要領 (記入例の番号と照合してください)

- 健保組合へ申請書を送付する日を記入してください。
- 被保険者の居住している住所を記入してください。
- 療養を受ける人の氏名、続柄、生年月日を記入してください。
- いずれかにチェック(✓)を記入してください。
※「はい」に該当する場合は事前に健保組合までご連絡ください。
- いずれかにチェック(✓)を記入してください。
- ⑤で「はい」または「申請中」に該当する場合は、助成内容の詳細を記入してください。
- 被保険者の住所と異なる場合にのみ記入してください。
* 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にて二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆ 送付先

健保組合に送付してください。

〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地
東お茶の水ビル
日立健康保険組合 業務(給付) 宛

なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。